11

FACULTE MIXTE
DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

Contribution à l'Etude du Traitement Chirurgical des HERNIES INGUINALES par le procédé RÉTRO-FUNICULAIRE TOTAL

THESE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 23 février 1955

par

Raoul VOLI

né le 31 janvier 1928, à Gassin (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. CARCASSONNE
VIGNOLI
HENRY
SERMENT

IMPRIMERIE NORMAND
SAINT-TROPEZ
(VAR)

[1955]

FACULTE MIXTE
DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

Contribution à l'Etude du Traitement Chirurgical des HERNIES INGUINALES par le procédé RÉTRO-FUNICULAIRE TOTAL

THESE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 23 février 1955

par

Raoul VOLI

né le 31 janvier 1928, à Gassin (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. CARCASSONNE
VIGNOLI
HENRY
SERMENT

PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN - Doyen honoraire : L. IMBERT - Assesseur : J. DELPH

Professeurs honoraires :

MM. AUBARET, AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, ROGER.

Chargé de cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE - Bibliothécaire : Mlle PERRIN

*

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expérimentale.	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER J.
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	N...
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Préventive	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Parasitologie	RANQUE
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX.

*

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

MM. BOURRET	MM. GREBUS	MM. MOURGUE
DONNET	MERCIER Jacques	LISSITZKY

* *

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. APPAIX	MM. LAVAL	MM. PAOLI
BERNARD	LENA	RAYBAUD
CREMIEUX	MARONNEAUD	SERMENT
GRANJON	MONGES H.	VAGUE
HENRY	OLLIVIER	
LAMY	OURGAUD	

* *

AGRÉGÉS LIBRES

MM. BERTHIER	MM. FIGARELLA	M. RECORDIER
DOR	IMBERT	

* *

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCES

Anatomie Pathologique	M. PAYAN
Botanique et Cryptogamie	M. BERNARD P
Histologie	M. STAHL

* *

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Clinique Urologique	M CHAUVIN

A MES PARENTS

Leur tendresse a accompagné toute ma vie.
En faible témoignage de ma reconnaissance et de mon profond amour filial.

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS

Cette thèse est dédiée

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CARCASSONNE

Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Sa bienveillance et son enseignement ont toujours été appréciés.

Nous lui sommes reconnaissants d'avoir bien voulu présider notre thèse.

Nous l'assurons de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur VIGNOLI

Professeur de Pharmacie Chimique et Toxicologie à la Faculté de Médecine

Qu'il soit assuré de notre gratitude.

Nous le remercions d'avoir bien voulu participer à notre thèse.

En remerciement des conseils qu'il nous a toujours prodigués.

A Monsieur le Docteur COMITI

Chirurgien des Hôpitaux

Il a bien voulu nous confier le sujet de ce travail et nous guider patiemment dans sa rédaction.

Nous sommes heureux de lui témoigner ici notre reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MARSEILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

A Monsieur le Docteur PUY

Médecin à Saint-Tropez

Qu'il trouve ici le témoignage de l'affection respectueuse que nous lui portons.

A Monsieur le Docteur ROY

Chirurgien à Saint-Tropez

En remerciement de l'aide et des conseils qu'il nous a donnés.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ROBIN

Médecin Chef de l'Hôpital de Hyères

Au cours de deux semestres d'internant passés dans son service, nous avons admiré en lui le chercheur autant que le médecin. Nous sommes heureux de lui témoigner ici notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SALVETTI

Médecin à Cogolin

A Madame FOISY

Directrice d'Ecole à La Croix-Valmer (Var)

A Madame et Monsieur BAYLE

Professeurs au Lycée de Draguignan

Je leur dois beaucoup.

A TOUS MES AMIS

CONTRIBUTION

à l'étude du traitement chirurgical des hernies inguinales par le procédé retro-funiculaire total.

INTRODUCTION

Classiquement, quand on discute le procédé d'une cure herniaire inguinale, il s'agit à priori d'un Forgue ou d'un Bassini.

Cependant, ces procédés ont encore un nombre relativement important de récidives que l'on ne peut incriminer à une malfaçon technique, mais : à la persistance d'un orifice où passera nécessairement le cordon, à un lâchage d'un point de suture, ou à la déficience globale de la paroi.

Il nous a semblé que par le procédé rétro-funiculaire total, que nous décrivons dans ce travail, on utilisait au maximum les différents éléments pariétaux, tout en rétrécissant jusqu'à l'extrême limite compatible avec le passage du cordon, l'orifice d'où ce dernier s'échappera de la paroi.

Cette technique a été décrite dans une communication faite à la Société de Chirurgie de Marseille, le 26 avril 1954, par MM. Carcassonne et Comiti.

Ce travail est basé sur l'étude des observations rapportées à cette époque et de nombreuses interventions faites depuis.

Alors qu'au début le procédé était pratiqué dans des cas exceptionnels, il tend de plus en plus, à l'heure actuelle, dans la pratique de ces auteurs, à devenir habituel pour la cure de hernie inguinale. Le Forgue et le Bassini étant pratiqué de façon exceptionnelle.

En aucun cas cette technique n'est employée chez l'enfant. Il va de soi que son étude est sans objet chez la femme.

CHAPITRE PREMIER

RAPPELS ANATOMIQUES ET PRINCIPES OPERATOIRES

I. - Rappels anatomiques

A) **Rappels anatomiques du canal inguinal.**

Il s'agit de réparer une brèche située à même le canal inguinal, que nous décrirons très brièvement.

a) Sa situation : de la moitié de l'arcade crurale à l'épine du publis, oblique en bas, en dedans et en avant.

b) Sa paroi : essentiellement musculo-aponévrotique ;

En avant, le grand et le petit oblique ;

En arrière,

1) le petit oblique et le transversé donnant le tendon conjoint,

2) le fascia trans versalis ;

En bas, l'arcade crurale ;

En haut, à nouveau le petit oblique et le transversé.

c) Son contenu : un élément important : le cordon spermatique puis des vaisseaux.

B) **Rappels anatcmiques des différentes variétés de hernies.**

Nous en connaissons plusieurs types :

1°) **Hernie oblique externe.**

C'est une hernie congénitale résultant de la persistance anormale du canal péritonéo-vaginal, le sac est logé dans la fibreuse du cordon — le type en est la hernie de l'adolescent.

2°) **Hernie directe.**

C'est une hernie acquise indépendante du processus péritonéo-vaginal et du cordon.

C'est également une hernie de faiblesse par insuffisance, relâchement et dissociation des muscles pariétaux ; on peut avoir un véritable sac avec pédicule parfois très large, ou bien il n'y a pas de sac à proprement parler, c'est une simple évagination péritonéale matelassée de graisse en quantité d'autant plus importante que l'on s'approche de la région vésicale. Le type en est la hernie qui survient vers cinquante ans chez l'adulte obèse.

3°) **Hernie oblique interne.**

C'est l'exception.

4°) Citons encore le cas de la femme et de l'enfant que nous éliminons, parce que chez la femme il n'y a pas de cordon ; chez l'enfant, étant donné que c'est une hernie congénitale, une simple ablation suffit, et il n'y a pas de récidives, quelle que soit la technique.

II. - **Principes opératoires**

Le colmatage de la brèche oblige à :

— reséquer le sac si possible ;

— refaire une paroi en utilisant les éléments pariétaux de la région opératoire ;

— rétrécir suffisamment le passage du cordon.

CHAPITRE II

PROCÉDÉS CLASSIQUEMENT EMPLOYÉS

Depuis Gelse et Héliodore, nombre de procédés ont été successivement proposés.

1°) **Procédé de Forgue ou préfuniculaire.**

Après l'oblitération du sac, on s'occupe de la réfection de la paroi, comprenant :

a) plan profond derrière lequel se trouve le cordon ;

b) un plan superficiel reprenant l'incision pratiquée sur le grand oblique.

2°) **Procédé de Bassini ou procédé mixte.**

Ici, on recline le cordon en haut et on reconstitue le plan profond derrière le cordon recliné. Puis le grand oblique est suturé devant lui.

3°) **Leurs inconvénients.**

Si les procédés classiques présentent des avantages, tels que le Forgue pour sa simplicité, sa non réclinaison du cordon et son application dans beaucoup de cas, ou le Bassini qui conserve au canal son obliquité normale, ils n'en ont pas moins leurs inconvénients.

Le procédé de Forgue laisse persister, au contact de l'épine du pubis, un orifice livrant passage au cordon qui favorise les récidives ; c'est le gros point faible de cette technique, car c'est toujours à cet endroit qu'il y a lâchage.

Le procédé de Bassini n'utilise que le tendon conjoint qui souvent est un mauvais matériel pour la réparation. On s'aperçoit, en définitive, que l'aponévrose du grand oblique, séduisante par sa solidité, se trouvant en avant du plan du cordon, est pratiquement inutilisée.

4°) **Les variantes.**

Citons enfin, sans les décrire, quelques variantes :

Suivant le mode de traitement du sac :

— les uns ne le libèrent pas ; ils l'oblitèrent à son extrémité supérieure ;

— d'autres le libèrent et l'utilisent :

soit en le transposant,

soit en le peletonnant ;

— d'autres, enfin, le libèrent et l'excisent.

Suivant le mode de réfection du canal :

— procédé respectant le canal, aujourd'hui abandonné ;

— procédé de Lucas championnière reconstitue la paroi antérieure ;

— procédé autoplastique qui emprunte des éléments étrangers au canal pour combler la brèche.

On cite :

1°) **Les autoplasties musculaires :**

Les unes prélevées sur le grand droit de l'abdomen (technique de Schwartz).

Les autres prélevées sur le pectiné (technique de Davis) ou le couturier (technique de Streissler, Huet, de Blondin).

2°) **Les autoplasties aponévrotiques** (plantaire grêle) :

a) **Prélèvement au dépens du plantaire grêle :**

Une technique propre à M. Lamy utilise le plantaire grêle qui

est un matériel important et résistant. Il suffit de faire une incision de 1 cc. à proximité du tendon d'Achille à la partie haute de la jambe, le matériel prélevé est de 25 cm. de long, une fois déroulé, on obtient un tendon d'une largeur de 5 travers de doigt

— mieux vaut utiliser le tendon tel quel.

On charge ainsi arcade-tendon conjoint, sans tirer ; on obtient ainsi une espèce de grille qui comble la brèche à réparer. Ce procédé a toujours donné satisfaction.

Citons encore les :

b) **Prélèvements au dépens du fascia lata** (Kirschner), **du fascia pectinea** (Halver), **de la gaîne du droit** (Berger).

3°) **Les autoplasties fibro et ostéo-périostique prélevées sur le pubis.**

Il est visible que beaucoup se sont attelés au problème de la cure herniaire. Si de nombreuses solutions ont été proposées, c'est qu'aucune n'est parfaite ; ce qui justifie la description de notre procédé, qui semble nous donner une sécurité accrue, avec une technique très simple, sans temps opératoire complémentaire, en utilisant le matériel in situ ; sans, toutefois, nous mettre à l'abri des récidives.

CHAPITRE III

PROCEDE RETRO-FUNICULAIRE TOTAL

Sa technique

Comparable aux autres méthodes, sauf pour ce qui concerne le temps de réfection de la paroi.

Elle comprendra plusieurs temps :

1°) Incision des téguments ;

2°) Incision de l'aponévrose du grand oblique ;

3°) Recherche et ouverture du sac ; le traitement de son contenu ; sa dissection ; sa ligature ; sa résection ;

4°) Le temps de réfection de la paroi qui nous permettra de la fermer en un plan unique.

Matériel opératoire

Le but essentiel est de refaire une paroi solide. Un matériel de suture approprié devra être choisi. On emploie couramment :

— soit du catgut chromé,

— soit du fil d'acier,

— et, si nous avons une paroi déficiente, on ajoutera une plastie de derme ; certains employent du matériel en nylon.

1°) **L'anesthésie.**

L'anesthésie locale peut être employée chez l'adulte, mais elle a l'inconvénient de confondre les différents plans et de déformer la région. L'anesthésie générale nous semble bien préférable à tous les points de vue.

2°) **La voie d'abord.**

Incision oblique en haut et en dehors. Elle commence au niveau de l'orifice inguinal externe, sa longueur est de 10 à 12 cm. de moyenne. L'hémostase doit être soigneuse et se faire au catgut. Ceci a pour but d'éviter l'hématome, puis l'infection qui pourrait donner une thrombose du cordon et phlébite de propagation.

3°) **La dissection du sac.**

Après avoir incisé jusqu'à l'aponévrose du grand oblique et repéré dans l'angle inférieur de la plaie le canal inguinal externe par où s'échappe le canal spermatique, nous recherchons le sac que nous isolons.

Le cordon est dépiauté et libéré de sa graisse.

4°) **Réfection de la paroi.**

Nous employons le vieux procédé d'Halstedt repris par Postemski. Nous suturons d'abord le tendon conjoint et l'arcade crurale au catgut chromé non résorbable ; ensuite, l'aponévrose du grand oblique toujours avec du catgut chromé et par points séparés. On solidarise également au-dessus du cordon ; sa longueur dans le champ opératoire est de 2 à 3 cms ; les points de suture sont faits le plus près possible sans toutefois l'étrangler.

Une solidarisation des deux plans peut se faire pour consolider davantage la paroi.

Vient alors le temps du capitonnage du cordon : on utilise le petit fascia et le tissu adipeux que l'on trouve toujours à la partie basse de la région pubienne, même chez les sujets les plus maigres. En fin d'opération, nous avons un cordon qui chemise à travers un orifice entièrement musculaire que l'on peut rétrécir convenablement et qui est protégé par son capiton malgré sa situation.

5°) **Temps accessoires complémentaires. - La plastie du derme.**

Si la paroi nous paraît déficiente, ce qui se voit chez les personnes âgées ou les obèses, ou même dans les cas de récidives, nous y ajoutons une plastie de derme. Cette greffe est primitive et pratiquée en fin d'intervention.

a) **Le prélèvement :**

Nous faisons une incision cutanee ovalaire qui nous permet de disposer d'un lambeau de peau toujours suffisant, quand nous pensons en avoir besoin.

b) **La préparation du lambeau :**

Nous dégraissons d'abord la partie profonde et dans un deuxième temps nous rasons au bistouri la mince couche d'épiderme.

c) **Technique de la plastie :**

Après l'avoir fendue en un point pour permettre le passage du cordon à sa partie externe, nous couchons la plastie sur le plan profond qui se trouve solidarisée avec elle par une série de points en couronne. On referme ensuite la fente pour avoir un orifice aussi rétréci que possible. Le cordon n'est jamais au contact du derme, car si une fibrose se développait, elle serait cause d'ennuis. Un troisième plan se fera avec l'aponévrose du grand oblique qui elle aussi passera sous le cordon.

d) **Intérêt de la plastie :**

Elle est indiquée dans le cas de mauvaise paroi — hernie qui récidive — car si elle a l'inconvénient d'allonger le temps opératoire, elle réalise un véritable blindage de la paroi.

Certains ont voulu lui opposer la plaque de nylon qui serait plus facile à poser, mais ses inconvénients nous la font abandonner.

En effet, considéré comme corps étranger, le nylon peut suppurer,

— si c'est un fil, il s'enlève facilement ;

— si c'est une plaque, la suppuration est interminable, son ablation est complexe et fait courir de gros risques opératoires au cordon qui est souvent thrombosé au contact de la suppuration.

6°) **Soins post-opératoires.**

Soins classiques dans le cas de cure herniaire sans plastie.

Soins minutieux de la paroi musculaire s'il y a plastie. Eviter, à tout prix, la suppuration. A ce moment-là, la plastie est élimi-

née en bloc ; c'est cependant une rareté qui n'a jamais été rencontrée dans la statistique.

Déductions

On a fait à cette technique quelques petits reproches.

— D'abord, celui de laisser à l'aplomb direct de l'orifice inguinal interne le passage du cordon, amorce possible d'une récidive ;

— Ensuite, celui de faire cheminer le cordon sous la peau, ce qui occasionnerait des douleurs relativement importantes ;

— Enfin, la possibilité de thrombose du cordon.

En ce qui concerne la possibilité de récidives, il nous semble que le geste est moins dangereux que dans le procédé de Forgue, car l'orifice devenant entièrement musculaire, il est très facile de le rétrécir raisonnablement, ce qui est impossible dans le procédé préfuniculaire, une partie de l'orifice étant osseux.

Quant au deuxième reproche, d'après nos statistiques, aucun malade n'a accusé de phénomènes douloureux, même lors des relations sexuelles.

Quant à la thrombose du cordon, il suffit de faire une hémostase rigoureuse en cours d'intervention. Enfin, du point de vue technique, nous avons deux plans, un orifice rétréci un peu en chicane, long et souple.

CHAPITRE IV

LES INDICATIONS

Deux catégories : A) Indications absolues ; B) Indications relatives.

A. - **Indications absolues**

1°) **Tenant à la hernie elle-même.**

a) **Les hernies récidivées.**

Cure opératoire difficile, car on opère en tissu cicatriciel ; les éléments musculo-aponévrotiques sont plus ou moins reconnaissables et plus ou moins utilisables. Cependant, il faut donner au malade une paroi solide et ceci d'une façon définitive ; dans ce cas, la suture se fait au fil d'acier et l'on ajoute parfois une plastie de derme.

b) **Les hernies volumineuses.**

Les éléments dont on dispose autour de la brèche son insuffisants. La plastie de derme s'avère nécessaire.

c) **Les hernies directes,** qui sont des hernies de faiblesse.

2°) **Tenant à la paroi.**

a) **Malades à musculature déficiente :**
— du fait de l'âge, ici, il y a absence de musculature.

b) **Malades obèses.**

Où les tissus sont infiltrés de graisse et dissociés.

3°) **Tenant à la profession du malade.**

En effet, bien souvent notre procédé s'adresse à des sujets exerçant un métier manuel de force, tels que les maçons, les mineurs, les dockers.

B. - **Indications relatives**

La hernie oblique externe chez des sujets maigres qui ont un métier où des efforts physiques doivent être fournis.

En définitive, cette technique est appliquée par ses auteurs avec des indications de plus en plus larges. Alors qu'autrefois elle était employée pour des cas très précis, tels que hernies récidivées, actuellement elle s'applique à tous les cas, sauf pour les hernies obliques externes et les personnes à musculature solide.

CHAPITRE V

STATISTIQUES ET RESULTATS

Les statistiques

Notre première intervention remonte à janvier 1951.

Nous avons opéré par cette technique 30 malades, représentant 34 hernies, dont 4 bilatérales.

Classification :

— 19 hernies ont été faites au catgut non résorbable ;

— 7 hernies ont été faites au fil d'acier tressé ;

— 6 hernies ont été justiciables d'une plastie de derme complémentaire.

Notons, en outre, que seuls les plus mauvais cas ont été opérés par cette technique, à savoir :

— les malades âgés (certains dépassant 65 ans) ;

— les malades à musculature déficiente (hernies volumineuses, malades obèses) ;

— les hernies récidivées.

Cependant, les hernies obliques externes de l'adulte, à musculature solide, continuent à être traitées par le procédé de Bassini, les hernies de l'enfant par le procédé de Forgue.

Les résultats

A ce jour, après un recul de trois ans, nous avons observé **deux cas de récidives :**

— 1er cas : six mois après la première cure, à gauche, où il n'y avait pas de plastie de derme (la première cure ayant été bilatérale).

— 2me cas : observé en juin 1954. La première cure remontait à janvier 1951, à la suite d'une hernie étranglée dont le volume approchait celui d'une tête fœtale.

— **Un cas d'eczéma des bourses :**

Il est apparu le dixième jour, chez un malade ayant eu une plastie de derme et ayant persisté un mois.

Etait-ce un phénomène allergique ?

Ou alors des phénomènes dus à l'inclusion de derme ?

— En définitive, nous n'avons observé aucun incident sérieux.

CONCLUSIONS

I. — Le procédé rétrofuniculaire total, décrit dans une communication faite à la Société de Chirurgie de Marseille le 26 avril 1954 par MM. Carcassonne et Comiti, utilise au maximum les différents éléments pariétaux et laisse un orifice compatible au passage du cordon.

Ce procédé devient pour ces auteurs pratique courante, le Forgue et le Bassini devenant exceptionnel.

II. — En effet, les procédés classiques présentent des inconvénients. Dans la technique de Forgue, une partie de l'orifice étant osseux, il y a des récidives. Quant au Bassini, il n'utilise que le tendon conjoint souvent mauvais matériel pour la réparation.

III. — Le procédé rétrofuniculaire total nécessite :

— un choix dans le matériel de suture,

— une hémostase soigneuse pour éviter l'hématome, source de thrombose du cordon et phlébite de propagation.

Il consiste à fermer la paroi en un plan unique comprenant le tendon conjoint et l'aponévrose du grand oblique ; le cordon, à partir de l'orifice inguinal profond et protégé par un capitonnage, chemine directement sous la peau avant de descendre dans les bourses.

Dans le cas de paroi déficiente, on fait une plastie de derme qui réalise un véritable blindage de la paroi.

IV. — Le procédé rétrofuniculaire total trouve des indications absolues dans les hernies récidivées, les hernies volumineuses, les hernies directes, ainsi que chez les personnes à musculature déficiente, et même chez ceux qui exercent un métier manuel de force.

Des indications plus relatives s'adressent aux hernies obliques externes ou aux personnes à paroi solide.

V. — Nous apportons dans ce travail trente observations, représentant 34 hernies ; six ayant été justiciables d'une plastie de derme, bien que les plus mauvais cas aient été opérés par cette technique.

A ce jour, et après un recul de trois ans, nous avons observé seulement deux récidives et un eczéma des bourses. Nous n'avons jamais observé d'incidents sérieux.

VI. — En définitive, c'est une technique simple, qui utilise le matériel opératoire insitu, ne demande pas de temps opératoire complémentaire et semble donner une sécurité accrue.

Aussi, est-elle appliquée par ses auteurs avec des indications de plus en plus larges.

BIBLIOGRAPHIE

Marseille Chirurgical

N° Septembre - Octobre 1954, page 361

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ..... Page 11

RAPPELS ANATOMIQUES ET PRINCIPES OPERATOIRES..... » 13

PROCÉDÉS CLASSIQUEMENT EMPLOYÉS ..... » 15

PROCÉDÉ RÉTROFUNICULAIRE TOTAL ..... » 18

LES INDICATIONS ..... » 22

STATISTIQUES ET RESULTATS ..... » 24

CONCLUSIONS ..... » 26

BIBLIOGRAPHIE ..... » 29

SERMENT ..... » 31